

Aanvraagformulier CPAP

Verzekerde

Voorletters en achternaam* ☐ m ☐ v

Adres* Huisnummer*

Postcode* Woonplaats*

Geboortedatum* Relatienummer*

Telefoonnummer E-mail

*** verplicht invullen.**

Leverancier

Bedrijfsnaam*

AGB code* Adres*

Postcode* Woonplaats*

Telefoon* E-mail*

*** verplicht invullen.**

Betreft het een eerste verstrekking

☐ Ja

☐ Nee

Betreft het een aanvraag voor

☐ standaard CPAP

☐ auto CPAP

☐ Bi-level PAP (BPAP/BiPAP)

☐ drukinstelling _____ (cm H20)

OSAS is aangetoond door middel van

☐ polygrafie

☐ polysomnografie

☐ anders, nl _____

Is sprake van start met CPAP-therapie binnen gebruikstermijn van MRA?

(Reglement Hulpmiddelen: gebruikstermijn van MRA is 60 maanden)

☐ Ja

☐ Nee

Indien Ja;

☐ van wanneer tot wanneer is de MRA gebruikt en met welk resultaat: _____

Indien gestopt, wat was de reden? _____

☐ AHI waarden bij start MRA: _____ En AHI waarden bij stoppen MRA: _____

Evaluatie van de proefperiode CPAP:	Start proefperiode	Na proefperiode
AHI (vul het aantal AHI van voor en na de proefperiode in)	Aantal AHI: zonder CPAP:...	Aantal AHI: met CPAP:...

1. De periode van de proefaanpassing was van:

□□-□□-□□□□ t/m □□-□□-□□□□

2. De frequentie van het gebruik van de CPAP-apparatuur gedurende de proefperiode was?

(gemiddeld) aantal uren per nacht: _____

(gemiddeld) aantal nachten per week: _____

Aanvragend arts

Voorletters en achternaam _____ ☐ m ☐ v

Medisch Specialist, nl. _____ Anders, nl. _____

Adres _____ Huisnummer _____

Postcode _____ Plaats _____

Telefoonnummer _____

Datum --

Handtekening _____

Toelichting _____

Wij verzoeken u bij het invullen van het aanvraagformulier alle relevante informatie te verstrekken zodat beoordeeld kan worden of het aangevraagde hulpmiddel binnen de verzekeringsvoorwaarden valt. Wij verzoeken u "Medisch geheim" op de envelop te vermelden.

Alles ingevuld?

Verstuur de aanvraag naar machtigingen@zorgenzekerheid.nl. Eventueel kunnen aanvragen ook per post verstuurd worden naar Zorg en Zekerheid, postbus 400, 2300 AK LEIDEN. Gelieve op de envelop 'Medisch Geheim' te vermelden.

Op grond van de Regeling zorgverzekering danwel op grond van de polisvoorwaarden van onze verzekering, kan aanspraak op zorg slechts tot gelding worden gebracht, voor zover de verzekerde, gelet op zijn behoefte en uit oogpunt van doelmatige zorgverlening, redelijkerwijs daarop naar aard, inhoud en omvang is aangewezen. De zorgverzekeraar kan derhalve, met inachtneming van het voorgaande, de vergoeding van hulpmiddelen weigeren. Deze algemene afwijzingsgronden zijn, waar nodig, in een aantal artikelen die het verstrekken van bepaalde hulpmiddelen regelen, aangevuld met bepalingen omtrent de indicatie. Het aanschaffen van een hulpmiddel is redelijkerwijs overbodig wanneer de verzekerde, afgezien van het noodzakelijke reserve-exemplaar bij sommige hulpmiddelen, reeds over een goed bruikbaar hulpmiddel beschikt. Onnodig kostbare of onnodig gecompliceerde middelen dienen niet te worden gedeclareerd in het kader van de Zvw. Wat in dit opzicht onnodig is, wordt in overwegende mate bepaald door de situatie, waarin de verzekerde op het gebruik van het hulpmiddel is aangewezen. Ook de doelmatigheid van een hulpmiddel wordt, behalve door de aard en kwaliteit van de constructie, mede bepaald door individuele factoren, die de zorgverzekeraar in zijn overwegingen zal betrekken.

